NursRxiv
DOI: 10. 12209/issn2708-3845. 20220914001

1例超高龄下肢动脉栓塞患者的中医辅助治疗及心理护理

陈海燕[1], 方立娜[2], 方晓梅[1]
(1. 中国中医科学院西苑医院 周围血管科, 北京, 100091; 2. 北京小荷门诊部 综合门诊, 北京, 100080)

摘要: 本文总结1例下肢动脉栓塞合并便秘的超高龄患者的中医辅助治疗和心理护理经验。术前严格消毒隔离和规范化疼痛管理;术后加强病情观察,针对便秘实施中医穴位贴敷和穴位按摩,同时给予心理护理,以缓解患者术后便秘及下肢疼痛症状。

关键词: 下肢动脉栓塞; 中医护理; 心理护理; 疼痛; 穿刺; 介入疗法

Traditional Chinese Medicine assisted treatment combined with psychological care for a very elderly patient with arterial embolism of the lower extremity

CHEN Haiyan[1], FANG Lina[2], FANG Xiaomei[1]
(1. *Department of Peripheral Vascular Disease, Xiyuan Hospital China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing*, 100091; 2. *Polyclinic, Beijing Xiaohe Clinic, Beijing*, 100080)

ABSTRACT: This paper summarized the experience of Traditional Chinese Medicine (TCM) assisted treatment combined with psychological care for a very elderly patient with a arterial embolisms of the lower extremities. A standard procedure of disinfection, isolation and pain management was carried out before surgery. Based on the monitoring of postoperative condition, TCM acupoint application, acupoint sticking and pressing therapy and psychological care were carried out to relieve the postoperative pain and constipation.

KEY WORDS: arterial embolism of the lower extremity; Traditional Chinese Medicine nursing; psychological care; pain; puncture; intervention therapy

下肢动脉栓塞(AE)是常见的血管外科急症,栓塞栓子通常来源于心脏和主动脉附壁血栓的脱落,有较高的截肢率和死亡率[1]。因此重建下肢动脉血运,恢复和改善肢体血流,从而避免肢端缺血坏死,减少截肢,提高患者的生活质量及生存率是当务之急。超高龄患者(>90岁)[2]听力明显下降,缺乏沟通能力,心理承受能力差,对手术有恐惧、焦虑的心理,所以围术期应进行有效的心理疏导,帮助其树立战胜疾病的信心[3]。介入疗法是AE的主要治疗方法,具有简单、创伤小的优点,在临床应用广泛[4]。本文总结1例下肢动脉栓塞超高龄患者的中医辅助治疗及心理护理经验,现报告如下。

1 临床资料

患者女性,101岁。主因"左下肢发凉麻木1月余,左足破溃伴疼痛1周"于2022年4月14日16:05以"下肢动脉栓塞"收入院,刻下症:患者神清,精神弱,左足皮温低,皮色苍白,左足肿胀溃烂,红肿,末端干性坏疽,少量渗出,舌淡红,苔薄,老舌,脉弦。查体:右侧股、腘动脉搏动可及,左侧股动脉搏动弱,左侧腘动脉及双足背动脉搏动未及,双足皮温凉伴可凹性肿胀,左足较重。既往:10年前因胆囊结石于外院行胆囊切除术,肢体动脉粥样硬化性坏疽,轻度贫血,肾功能不全,低蛋

基金项目:中国中医科学院科技创新工程项目(C12021A03214)
通信作者:方立娜,E-mail:fln1986@126. com

白血症,颈动脉硬化。入院后查血常规:白细胞计数 15.13×10⁹/L,血红蛋白 99 g/L,血小板计数 403×10⁹/L,中性粒细胞百分率 93.8%,淋巴细胞百分率 3.7%。生化:全血肌钙蛋白 T 定量测定 0.028 ng/mL,肌酸激酶同工酶 5.43 ng/mL,肌红蛋白 586 ng/mL,降钙素原检测 8.61 ng/mL,白蛋白 27.4 g/L,尿素 14 mmol/L,尿素氮 39.2 mg/dL,肌酐 99 μmol/L,尿酸 414 μmol/L,氯 97.33 mol/L,钙 2.15 mmol/L,超敏 C 反应蛋白 114.45 mg/L。彩超示:1. 双侧颈动脉硬化斑块形成;2. 二、三尖瓣返流(少量);3. 左室舒张功能减低;4. 左房轻度扩大;5. 左侧下肢动脉粥样硬化改变,左侧股浅动脉、胫前动脉闭塞,左侧腘动脉大部分闭塞,左侧腘静脉血栓形成伴部分再通,右下肢动脉硬化。心电图:窦性心律不齐。

入院后于 4 月 14 日 20:00 急诊下行股动脉支架置入+股动脉球囊扩张成形术+经皮股动脉取栓术+胫动脉球囊扩张成形术+腓动脉球囊扩张成形术+下肢动脉导管溶栓术,术毕 22:00 安返病房。术后患者病情平稳。术后第 1 天予以心理疗法后人工辅助通便,实施中医辅助治疗及心理疗法,术后大便每两日 1 次,效果较好,中医辅助疗法有效缓解患者下肢疼痛,于 4 月 17 日患者安全出院,随访恢复较好。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 严格消毒隔离 新型冠状病毒肺炎疫情期间,针对超高龄患者,必须严格执行消毒隔离制度,予以患者单间保护性隔离,尽量为患者营造好的治疗环境。

2.1.2 规范化疼痛管理 下肢发凉、疼痛是下肢动脉栓塞的主要症状[5],疼痛导致患者情绪波动,做好疼痛的规范化管理有助于稳定患者情绪,确保手术的顺利实施。入院时应用疼痛评分尺对患者进行评估,采用 NRS 数字等级评定量表,疼痛评分最高为 10 分。护理人员安慰鼓励患者,协助医生置入神经阻滞导管,自神经阻滞导管推注罗哌卡因 75mg+利多卡因 100 mg,30min 后疼痛评分降为 3 分。每班评估疼痛 1 次,≥4 分时对症处理。

2.2 术中护理

患者容易对手术环境产生恐惧感,护理人员需陪伴在旁,通过抚摸、轻拍患者手背来稳定患者情绪,多与患者沟通转移其注意力,鼓励患者放松心情,经常询问患者感受,加强体征监测,如有不适及时处理[6]。

2.3 术后护理

2.3.1 病情观察 病情观察主要注意以下几点:①术后密切关注患者病情变化,遵医嘱常规予以心电监测,监测体温、呼吸、脉搏、血压等生命体征,特别注意血压变化。鼻导管吸氧,床头配备吸痰器,每小时巡视病房。②穿刺点及患肢的护理:术后左侧腹股沟沙袋加压 6h,左下肢制动 12h,密切关注并了解患者的心理感受,观察患者穿刺点有无渗血、皮下血肿。观察左下肢皮温、足背动脉搏动、肌张力,谨防下肢再灌注损伤[7],发现异常及时报告医师,给予相应处理。挤压腓肠肌并指导患者踝泵运动,以防止深静脉血栓形成。③准确记录出入量,精确到每小时,严格控制每小时入量(包括静脉输液量、饮水量、食物含水量和其他治疗时所摄入的液体量),记录每小时出量(包括尿量、大便、呕吐量、出汗、呼吸),24h 总出入量要保持负平衡状态,遵循“量入为出,宁少勿多”的原则[8]。④密切观察患者神经阻滞导管贴膜是否固定良好、有无渗血,如有渗血及时更换。⑤饮食及体位护理:手术结束 2 h 后进食水,嘱患者头偏向一侧,床头抬高 30°,禁止半卧位进食,小心呛咳。6 h 后停止沙袋加压,协助患者轴位翻身,12 h 后协助患者半坐卧位进食,24 h 后协助患者下床活动[9]。⑥嘱患者切勿用力排便,并告知家属或陪护,患者打喷嚏、咳嗽时可用手稍加压力按压穿刺部位,避免腹压增加而引起穿刺点出血[10]。

2.3.2 基础护理

2.3.2.1 便秘干预:患者住院时已经 7 d 未排大便,术后第 1 天清晨诉腹胀、排便困难,为解决患者腹胀、便秘情况,与患者沟通后,使用石蜡油润滑肛周后予以人工辅助通便,过程中不断安慰、鼓励患者,患者顺利排出宿便后。护理人员给予患者生理护理的同时也应该满足患者心理上的需求,平衡患者的身心需求和状态。医护人员与患者及家属沟通后针对患者舌苔脉象予以中医辅助疗法,解决患者便秘情况。

2.3.2.2 子午流注法中药穴位贴敷:7:00 开穴,选穴神阙。中医神阙穴即“阴脉之海”,为任脉上的重要一穴,任脉及冲脉均于此处交汇,脐与百脉相通,外达四肢百骸,内联五脏六腑,在人体经络的疏通下可通肝肾、脾胃、心肺重要脏腑及百脉,可起到化瘀消滞、和胃理肠的调理功能。穴位

贴敷的双重调节作用体现在药物的吸收及腧穴激发精气的作用,可以共同促进大肠的传导排泻[11]。

2.3.2.3 穴位按摩:取穴参照 2006 年中华人民共和国国家标准中的《腧穴名称与定位》[12],包括天枢(横平脐中,前正中线旁开2寸),大横(与天枢穴平行,距脐中4寸),关元(前正中线上,脐下3寸),中脘(前正中线上,脐上4寸);操作:根据子午流注每日9:00—11:00为足太阴脾经流注时间,协助患者取平卧位,双腿屈曲,腹部放松,先用掌面按顺时针方向按摩患者腹部 3~5 min,再用指腹按揉大横、天枢(双侧)、关元、中脘穴,每穴各 36 次,每次治疗时间约 20 min,1 次/d,7 d 为1个疗程,共治疗 2 个疗程[13]。

2.3.3 心理护理 此病例为超高龄老年患者,住院及手术过程中的心理反应很重要,需要运用系统的心理护理进行干预。①重视与尊敬:此患者突出的心理需求是受重视和尊敬。针对患者视力、听力稍差的特点,与患者沟通时采用亲密距离,适当加大音量,耐心地与患者沟通,保持微笑,增进与患者的内心距离。②关心:患者因疾病及住院饮食习惯改变后,情绪波动较大,拒绝服药进餐,通过唠家常等方式,与患者交流,鼓励患者说出存在的问题,在病情允许范围内,予以满足患者需求,让其体会到护理人员的关心与呵护。③社会支持:如与老人喜欢的子孙视频,与病房其他超高龄患者沟通交流长寿经验,来调节老人情绪。结合患者具体情况以及患者意见,指导家属加强陪护,提高患者安全感,从而赢得患者的信任,促使患者主动配合治疗。

2.3.4 饮食护理 结合中医饮食调护,制定个性化营养支持方案。中医认为老年患者术后常处于“多瘀多虚”状态,易导致气随血脱,气虚推动不力,进而加重血瘀,导致局部肿胀疼痛。故饮食调护以补脾益气、滋阴养血、活血祛瘀为原则,通过前期养脾胃,后续调气血以缓解患者局部症状,同时改善患者营养状况,促进患者康复[14]。患者超高龄,性格返璞、执拗,拒绝营养食堂配餐,给予患者心理疏导,并与主管医生及营养食堂沟通,结合患者饮食习惯合理制定膳食方案,营养食堂配餐+患者自主要求食物,做到少食多餐,增加对高热量与高维生素食物的摄入,保证饮食摄入均衡。

3 讨论

超高龄患者的身体各项机能退化严重,基础病较多,术后容易发生各项器官功能衰竭[15]。因此,针对此类患者的手术需要高度重视,成立专门的医疗护理小组,多学科合作,确保患者安全。治疗方案和护理计划需要根据超高龄患者及71岁高龄家属的实际情况制订,要做到科学、系统和个性化。患者因卧床未排便1周,入院后行急诊手术,术后要求平卧,患肢制动,胃肠蠕动减慢,便秘风险持续增高,术后第1天患者诉腹胀、排便困难,因此帮助患者安全且无风险排便是首要问题。患者本身超高龄情况,沟通困难,护理难度大,需要全面了解患者心理状态,积极与患者建立良好的沟通关系;向患者讲述开心的事,病房内安排1名性格开朗、善于交谈的患者,促进病房内愉快的气氛;耐心倾听患者的顾虑,与患者亲切交流,减轻其思想负担,满足患者合理的需求;展开有趣的术后健康宣教,通过与患者互动给予一定的鼓励[16]。介入治疗可快速恢复下肢血供,但常并发缺血再灌注损伤。缺血再灌注损伤不仅会影响缺血组织的功能,而且会累及远隔脏器,严重者可导致多器官功能衰竭而致死亡[17]。缺血再灌注损伤的预防是本病护理的重点与难点,术后需密切关注患者下肢皮温、足背动脉搏动、下肢肌张力。该例患者经过医护人员的通力合作及积极的术后干预,手术顺利完成,肢体功能良好,最终得以痊愈,患者安全出院。本文通过总结上述护理经验,以期为临床在开展类似护理工作时提供参考。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考资料

[1] 刘浩,董智慧,符伟国. 急性下肢缺血诊断和治疗[J]. 中国实用外科杂志,2020,40(12):1381-1384.

[2] 曹艳杰,魏璇,王俊华,等. 主动电极在超高龄患者永久心脏起搏治疗中的应用[J]. 空军医学杂志,2019,35(2):157-159.

[3] 郭秋霞. 心理护理在老年髋部骨折患者手术中的应用价值[J]. 河南医学研究,2020,29(29):5529-5531.

[4] 张婧. 外周介入手术患者心理标准护理的临床价值[J]. 中国标准化,2022,(6):127-129.

[5] 温志华. 全膝关节置换术后并发下肢动脉栓塞患者的护理[J]. 天津护理,2020,28(6):700-701.

[6] 高晓峰. 全程优质护理服务在急性下肢动脉栓塞介入溶栓治疗中的应用价值分析[J]. 医学理论与实践,2020,33(8):1345-1347.

[7] 张成超，张宇，张强，等．下肢动脉再通术后缺血再灌注损伤和骨筋膜室综合征的治疗[J]．中国临床医生杂志，2020，48(12)：1456-1459.
[8] 徐芬，邓丹丹，赵媛，等．心肺联合移植患者术后并发症的预防护理[J]．护理学杂志，2017，32(20)：40-43.
[9] 吕娇，黄静．介入溶栓治疗下肢深静脉栓塞患者的围手术期护理效果观察[J]．中国实用医药，2018，13(7)：169-171.
[10] 张良玉，王艳姿．原发性肝癌经肝动脉插管栓塞化疗前后的护理效果观察[J]．湖南中医杂志，2018，34(1)：110-111，123.
[11] 田立新．吐纳法联合穴位贴敷预防中老年髋部骨折卧床后便秘的护理研究[J]．世界最新医学信息文摘，2020，20(79)：83-84.
[12] 谭亚芹，马昕婷，王琦，等．国家标准《腧穴名称与定位》(GB/T 12346-2006)使用情况调查研究[J]．中国针灸，2016，36(8)：871-874.
[13] 雷丽芳，林美珍，邓秀红，等．子午流注穴位行温灸包与腹部按摩在功能性便秘老年患者的效果对照研究[J]．护理学报，2017，24(9)：60-63.
[14] 胡保红，李睿．五阶梯营养治疗结合中医饮食调护对全膝关节置换术高龄患者的影响[J]．湖北中医杂志，2018，40(12)：37-39.
[15] 赵良晴，谢丽芳，刘景瑞．1例超高龄患者股骨头置换围手术期的护理[J]．世界最新医学信息文摘，2018，18(4)：250-251.
[16] 陈思，王丹青，刁晨平．中西医结合护理对下肢动脉硬化闭塞症患者术后恢复及生活质量的影响[J]．中外医疗，2020，39(25)：133-136.
[17] 李娜．不同护理干预措施在治疗下肢动脉缺血介入术后再灌注损伤中的疗效观察[J]．现代医用影像学，2019，28(10)：2337-2338.